

Wissen aus Erfahrung? Wissen mit Erfahrung?

Eine kulturanthropologische Perspektive auf Erfahrungswissen im psychiatrischen Kontext

Von Christine Schmid

Der Artikel beschäftigt sich mit der Frage, was Erfahrungswissen ist und an wen oder was es gebunden ist. Dabei werden vor allem zwei Aspekte betrachtet: die Unterscheidung zwischen gelebter und narrativer Erfahrung sowie verschiedene Varianten von Erfahrungswissen im Kontext psychiatrischer Gesundheitsversorgung. Der Artikel verdeutlicht, dass es keine eindeutige allgemeine Definition von Erfahrungswissen gibt und bietet stattdessen Denkanstöße, um zu verdeutlichen, was Erfahrungswissen alles sein kann.



Christine Schmid

Die Autorin ist stellvertretende Fachgebietsleitung am Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft der Technischen Universität Berlin. In ihrer Dissertation befasst sie sich mit der Koproduktion von Erfahrungswissen im Bereich der professionellen Peer-Support-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung.

Die Aufgabe, eine kurze kulturanthropologische Einführung zum Thema Erfahrungswissen zu verfassen, ist von vornherein ein Dilemma. Denn es existiert nicht eine einzige Geschichte über Erfahrung, Wissen oder Erfahrungswissen, die sich erzählen ließe. Stattdessen gibt es eine Fülle unterschiedlicher Geschichten, Varianten und Deutungsmöglichkeiten je nach Forschungsfeld, Disziplin und beteiligten Akteuren und Akteurinnen (Jay, 2006). Erfahrung und Wissen sind vielschichtige Begriffe, die allein und in Verbindung diverse theoretische Annahmen, Bedeutungen und Widersprüchen mit sich bringen. Daher werden Sie in diesem Beitrag keine eindeutige oder allgemein anwendbare Antwort auf die Frage finden, was Erfahrungswissen ist. Stattdessen möchte ich Ihnen Denkanstöße liefern, um zu verdeutlichen, was Erfahrungswissen alles sein kann. Damit möchte ich auch zeigen, dass es Auswirkungen im Alltag der psychiatrischen Versorgung haben kann, welche (der vielen möglichen) Verständnisse von Erfahrungswissen eingebracht werden (Schmid, 2020). In diesem Artikel werde ich die folgende sich wiederholende Frage zu Erfahrungswissen thematisieren: An

wen oder was wird Erfahrungswissen geknüpft? Handelt es sich um einen individuellen *Geistesinhalt*? Oder ist es ein Wissen, das über die einzelne Person hinaus geht? Dazu werde ich zwei Aspekte aufgreifen, die grundlegend für (kultur-)wissenschaftliche Debatten um Erfahrungswissen sind. Diese können helfen, die Frage nach der Bindung von Erfahrungswissen an ein Individuum zu beleuchten. Erstens möchte ich die Vielfalt der verschiedenen Erfahrungsformen anhand einer kurzen Gegenüberstellung *gelebter* und *narrativer* Erfahrung veranschaulichen. Zweitens sollen verschiedene *Varianten von Erfahrungswissen* im Kontext psychiatrischer Gesundheitsversorgung betrachtet werden. Die Argumentation dieses Artikels baut grundsätzlich auf meiner Dissertationsforschung „Ver-rückte Expertisen – Ethnografische Perspektiven auf Genesungsbegleitung“ auf (Schmid, 2020). In dieser habe ich zu Peer Arbeit in (teil-)stationären Kontexten qualitative empirische Forschung durchgeführt und bin der Frage nachgegangen, was die Merkmale und Spezifik des Erfahrungswissens von Genesungsbegleiterinnen ist.

1. Varianten von Erfahrung: gelebte versus narrative Erfahrung

Erfahrung ist ein zentrales Thema der Kulturanthropologie und anderen Disziplinen, doch oft bleibt unklar, was genau damit gemeint ist. An der Unterscheidung zwischen *gelebter* und *narrativer* Erfahrung will ich verdeutlichen, dass diese Unklarheit verschiedene Folgen haben kann. Wenn wir beispielsweise in psychiatrischem Kontext über Erfahrung als Grundlage von Wissen sprechen, worauf beziehen wir uns dann – auf Erfahrungen, während sie gelebt werden oder auf einen Rückblick auf Erfahrungen in Narrationen und schriftlichen Ausführungen? Gelebte Erfahrung wird in der Regel als unmittelbar an eine Situation gebundenes und noch nicht reflektiertes Erleben charakterisiert, während narrative Erfahrungen zumeist durch Reflexion und Interpretation geprägt sind und sich auf bereits abgeschlossene Erfahrungen beziehen. Narrative Erfahrungen sind also bereits – oft durch Sprache vermittelt – zu einer Geschichte oder in einen anderen narrativen Rahmen verarbeitet (Mol, 2008). Narrativen Erfahrungen kann daher eine gewisse, rückwärtsgewandte Abgeschlossenheit

zukommen. Sie beziehen sich zumeist auf einen zeitlichen Prozess und eine Anreicherung mit Bedeutungen (Dewey, 2001). Gelebte Erfahrungen sind dagegen – unter anderem – durch eine gewisse Passivität geprägt: Sie sind das, was Menschen in einem bestimmten Umfeld passieren – ein Widerfahrnis. Sie sind in der Regel an einen Moment und einen bestimmten Ort gebunden. Diese Unterscheidung in gelebte und narrative Erfahrung wird oft auf Wilhelm Diltheys Konzept der Unterscheidung zwischen Erleben und Erfahrung sowie seine Philosophie des Lebens zurückgeführt (Johach et al., 1997).

Aber wie hängen dann diese beiden Formen von Erfahrung miteinander zusammen?

Einige Autoren und Autorinnen gehen davon aus, dass narrative Erfahrungen gelebte Erfahrungen widerspiegeln. Das heißt, es sei möglich durch die Erzählungen von Erfahrungen Rückschlüsse auf gelebte Erfahrungen zu ziehen. Andere Autoren und Autorinnen argumentieren im Kontrast dazu, dass narrative Erfahrungen mit der „ursprünglichen“ gelebten Erfahrung quasi nicht mehr in Zusammenhang stehen. Und wiederum andere Autoren und Autorinnen gehen davon aus, dass es einen Zusammenhang zwischen beiden Erfahrungsvarianten gibt und eine Art der Transformation, also Veränderung, dabei stattfindet. Häufig wird diese Veränderung von Erlebnis zu Erfahrung (bzw. gelebte in narrative Erfahrung) im einzelnen Individuum verortet. Um es kurz zu sagen: Das einzelne erlebende Individuum kann in narrativen Erfahrungen von den eigenen gelebten Erfahrungen berichten. Auch wenn diese Auseinandersetzung zunächst lebensfern klingt, hat sie konkrete Auswirkungen. Denn wenn nur der oder die Einzelne von gelebten Erfahrungen berichten und auf diese direkt zugreifen kann (und alles andere eine veränderte Form ist), ist gelebte Erfahrung immer ein unangreifbarer Ausgangspunkt, der sich „im Besitz“ des Einzelnen befindet.

Diese Gebundenheit der Transformation von gelebter in narrative Erfahrung an eine einzelne Person, wird gerade von jüngeren kulturanthropologischen Auseinandersetzungen kritisch infrage gestellt: Die Kritik lautet, dass hier ein romantisches Verständnis von Erfahrung versteckt sei, das eng mit einem

westlichen, mündigen und selbstreflektierten Individuum in Zusammenhang stehe, welches sich fortschrittlich weiter entwickle (Desjarlais, 1997).

Was will ich mit diesen Ausführungen deutlich machen? Es gibt unterschiedliche Konzepte von Erfahrung. Diese können beispielsweise stärker aktiv, passiv, individuell gebunden, weniger individuell gebunden, abgeschlossen, unabgeschlossen usw. sein. Eine der häufigsten Unterscheidungen in den wissenschaftlichen Diskussionen ist diejenige zwischen Erlebnis und Erfahrung, bzw. gelebter und narrativer Erfahrung. In dieser Unterscheidung zwischen gelebter und narrativer Erfahrung kommt dem Einzelnen zumeist eine wichtige Rolle zu. Die Transformation von der einen in die andere Variante scheint meist „im“ Individuum statt zu finden oder ist zumindest an dieses geknüpft. Ein mögliches Problem hieran ist, dass häufig nicht beachtet wird, unter welchen Umständen, in welchen gesellschaftlichen und kulturellen Kontexten, die einzelne Person diese Erfahrungen macht. Stattdessen werden individuelle Erfahrung zum selbstverständlichen und nicht kritisierbaren Ausgangspunkt erhoben. Naheliegenderweise ändert sich abhängig davon, was mit Erfahrung gemeint ist, auch das, was unter Erfahrungswissen verstanden wird.

2. Varianten von Erfahrungswissen im psychiatrischen Versorgungskontext

Die Frage nach der Bedeutung von Erfahrungswissen, ihrer Anerkennung und Verteilung ist in den letzten Jahrzehnten zunehmend von Bedeutung für gesundheitspolitische Debatten. Insbesondere für die Kontexte von Selbsthilfegruppen und Peer-Arbeit wird eine veränderte Stellung von Erfahrungswissen thematisiert.

In diesen Diskussionen wird oft das paternalistische Medizinmodell – als ein hierarchisches Modell, bei dem Arzt oder Ärztin die Deutungshoheit und Macht zukommt – in Frage gestellt und eine Demokratisierung in der Versorgung gefordert (Rabeharisoa et al., 2014). Das heißt, es wird argumentiert,

dass die Bedeutung von Nutzerexpertise und anderen Formen des Wissens im Vergleich zur medizinischen Expertise zunimmt oder zunehmen sollte. Zugleich gibt es jedoch heftige Diskussionen darüber, wie genau dieser Wandel aussehen soll, ob er positiv oder negativ zu bewerten ist und welche Auswirkungen er auf verschiedene Berufsgruppen und die Versorgung hat. Auch mit verschiedenen Begrifflichkeiten werden hier Standpunkte eingenommen: Manche sprechen von Laienexpertise, andere von Patien-

tenwissen, andere von Weisheit oder (im Kontext von Peer-Arbeit) von Wir-Wissen. Diese Begriffe beinhalten sicherlich unterschiedliche Annahmen. Während die Laienexpertise den Laien noch immer dem Experten gegenüber stellt, löst Weisheit ganz andere

Assoziationen aus.

Die Grundannahme einer individuell durchlebten Erfahrung wird jedoch unausgesprochen und mehrheitlich bei all diesen Varianten vorausgesetzt. Erfahrungswissen kann nur von Personen beansprucht werden, die diese Erfahrung selbst durchlebt haben. Im Rahmen von psychiatrischer Selbsthilfe und Peer-Arbeit macht das auch ihr emanzipatorisches Potenzial aus, indem die Anerkennung des Wissens der Betroffenen ihre Position innerhalb der Versorgung ändert. Allerdings kann diese Bindung an den Einzelnen auch als Gegenargument für die Gültigkeit von Erfahrungswissen genutzt werden. Frei nach dem Motto: Das ist ja nur ein Einzelfall.

Wenn Erfahrungswissen ausschließlich an eine Person gebunden bleibt, entsteht oft ein Gegensatz zwischen allgemeingültigem medizinisch-psychiatrischem Wissen und individueller Erfahrungsexpertise. Besonders für Selbsthilfegruppen und Peer-Arbeit in der sozialpsychiatrischen Versorgung ist dies ein wichtiger Punkt, da das Erfahrungswissen zwar einerseits auf individuellen Erfahrungen aufbaut, aber auch für andere darüber hinaus relevant sein soll. Ich glaube, dass wir einige dieser Konflikte entschärfen könnten, wenn wir Erfahrungswissen nicht so stark an einzelne Personen binden würden. Stattdessen können wir Erfahrung und Erfahrungswissen

Wenn Erfahrungswissen ausschließlich an eine Person gebunden bleibt, entsteht oft ein Gegensatz zwischen allgemeingültigem medizinisch-psychiatrischem Wissen und individueller Erfahrungsexpertise.

auch als Ergebnis von Interaktionen in Kontexten, mit anderen Personen, Umgebungen und Situationen verstehen. Die französische Soziologin Madeleine Akrich argumentiert zum Beispiel, dass Erfahrung immer das Ergebnis von Interaktionen ist und nicht allein im einzelnen Subjekt verankert werden kann. Diese Sichtweise ermöglicht es auch einzubeziehen, dass Pfleger und Pflegerinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Ärzte und Ärztinnen ebenfalls eine Form von Erfahrungswissen mit in den Alltag einbringen. Nutzer und Nutzerinnen repräsentieren nicht per se Erfahrungswissen, sondern bringen eine spezifische Variante von Erfahrungswissen mit in den Versorgungsalltag ein. Mit diesen Beschreibungen konnte ich hoffentlich verdeutlichen, dass unterschiedliche Verständnisse von Erfahrungswissen unterschiedliche Perspektiven ermöglichen und die grundsätzliche Bindung von Erfahrung an eine einzelne Person durchaus problematische Konsequenzen haben kann. Dabei kann Erfahrungswissen doch auch anders verstanden werden: Erfahrungswissen ist vor allem auch ein Ergebnis unseres Handelns und unserer Interaktionen mit der Welt und anderen Menschen, wie Michael Polanyi es zusammenfasst (Polanyi, 1985). ●

Literatur

- Desjarlais, R. (1997).** *Shelter blues: Sanity and selfhood among the homeless.* University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Dewey, J. (2001).** *Die Suche nach Gewißheit: Eine Untersuchung des Verhältnisses von Erkenntnis und Handeln.* Suhrkamp, Berlin.
- Jay, M. (2006).** *Songs of experience: Modern American and European variations on a universal theme.* University of California Press, Oakland.
- Johach, H., Rodi, F., & Dilthey, W. (1997).** *Wilhelm Dilthey Gesammelte Schriften, Bd.19: Grundlegung der Wissenschaften vom Menschen, der Gesellschaft und der Geschichte: Ausarb. u. Entw. z. zweiten Band d. Einleit. i. d. Geisteswissenschaften.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Mol, A. (2008).** *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice.* Routledge, London and New York.
- Polanyi, M. (1985).** *Implizites Wissen.* Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Rabeharisoa, V., Moreira, T., & Akrich, M. (2014).** *Evidence-based activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society.* in: *BioSocieties*, Heft 9(2).
- Schmid, C. (2020).** *Ver-rückte Expertisen: Ethnografische Perspektiven auf Genesungsbegleitung.* transcript, Bielefeld.

Die Dialektik von Erfahrungs- und Fachwissen

Spannungsfelder von Wissensproduktion in der (Sozial-)psychiatrie

Von Martin Heinze

Vorbemerkung

Für diesen Beitrag wurde ich gebeten, das Spannungsfeld von Erfahrungs- und Fachwissen in der Sozialpsychiatrie zu betrachten, auch das von individuellem und kollektivem Wissen. Hintergrund der Fragestellung ist, dass zunehmend einerseits und zu Recht das Fachwissen der Psychiatrie als solches in Frage gestellt wird oder zumindest sein Geltungsbereich bzw. seine Dominanz. Dies kritisiert die Definitionsmacht, die die Psychiatrie als Wissenschaft über Nutzer*innen ausübt, ihre Kategorisierungen, Quantifizierungen und Standardisierungen. Andererseits wird aber auch der Sprecherstatus kritisch betrachtet. Aus welcher Rolle heraus spricht man? Als psychiatrischer Wissenschaftler, als Mann, als Europäer, als Weißer (alles zutreffend auch auf den Autor). Oder aus dem Blickwinkel der Minderheiten, Betroffenen oder Exkludierten? Solche Fragen sind auch in der Forschungsarbeit an der Universitätsmedizin Rüdersdorf virulent. Sie führen zu einem Spannungsfeld zwischen Arbeitsgruppen der betroffenenkontrollierten Forschung einerseits und geisteswissenschaftlich orientierter konzeptioneller Forschung (nicht nur durch Psychiater) andererseits. Bei einem übergreifenden Workshop ließ sich dieses Spannungsfeld insofern nicht auflösen, als eine gemeinsame Sprache kaum gefunden werden konnte, mehr noch aber, die Wissensansprüche der jeweils anderen Seite aus der eigenen Wissensproduktion kaum nachvollziehbar waren. Insofern stellt sich auch die Frage, ob das Thema dieses Aufsatzes überhaupt aus einer, hier professionellen, Position heraus allein angegangen werden kann oder nicht besser der kollaborativen Arbeit am Text bedürfte,



Martin Heinze

Prof. Dr., Professur für Psychiatrie u. Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB). Leiter des Zentrums für Seelische Gesundheit an der Immanuel Klinik Rüdersdorf – Universitätsklinik der MHB. Schwerpunkte: Anthropol. Psychiatrie, Kritische Theorie der Psychiatrie, psychiatrische Versorgungsforschung.

was hier nicht geleistet werden kann. Die beiden Differenzen (Erfahrungs- versus Fachwissen, kollektive und individuelles Wissen) liegen windschief zueinander - sowohl das Fachwissen ist individuell und kollektiv, wobei hier Vermittlungsprozesse in der wissenschaftlichen Praxis darauf zielen, die persönliche Empirie mit Hilfe allgemeiner Kategorien zu einem kollektiv im eigenen Expertenkreis akzeptierten und methodisch legitimierten Wissen zu überführen. Aber auch Erfahrungswissen ist nicht nur individuell. Erfahrungen mögen individuell gemacht werden, aber sie artikulieren sich im Diskurs innerhalb sozialer Gemeinschaften. Die Thematisierung von Erfahrungen ist kulturell vermittelt, ihren Ausdruck findet sie in Begriffen, die historisch konnotiert und Allgemeingut der sozialen Gemeinschaften sind. So sie als solche nicht reflektiert sind, transportieren die Begriffe unbemerkt Inhalte und frühere Wissensbildung. Sie müssen daher in neuen sozialen Auseinandersetzungen dekonstruiert, aber auch durch andere begriffliche Kategorien ersetzt werden, was selbst wissenschaftliche Arbeit anhand neuer Erfahrungen ist.